



UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL

REQUERIMENTO

AUTORIZAÇÃO DE DEPÓSITO DO TRABALHO FINAL

À

**Comissão de Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde**

Eu, Prof.(a) Dr.(a) XXXXXXXXXXXXX, autorizo o depósito do Trabalho Final, do (a) orientando (a) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, N° XXXXXXXXXX

BANCA - Data: XXXXXXXXXX Hora: XXXX

() **L1:** Currículo Integrado em Saúde

() **L2:** Ensino em saúde nos contextos de prática do SUS

Título do Trabalho final: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Este trabalho satisfaz os termos do Regimento, do MPIESS.

Por oportuno, indico abaixo sugestão de nomes para compor a banca examinadora:

MEMBROS

Orientador (a): XXXXXXXXXXXXXXXX

Professor (a) convidado do MPIESS: XXXXXXXXXXXXXXXX

Professor (a) suplente do MPIESS: XXXXXXXXXXXXXXXX

Professor (a) convidado (a): XXXXXXXXXXXXXXXX

CPF:

Instituição: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

E-mail do professor convidado: XXXXXXXXXXXXXXXX

Telefone do professor convidado (com DDD): XXXXXXXXXXXXXXXX

Programa que está vinculado: XXXXXXXXXXXXXXXX

Campus Barcelona

Av. Goiás, 3400,
Bairro Barcelona,
CEP: 09550-051
São Caetano do Sul/SP

Campus Centro

Rua Santo Antônio, 50,
Bairro Centro,
CEP: 09521-160
São Caetano do Sul/SP

Campus Conceição

Rua Conceição, 321,
Bairro Santo Antônio,
CEP: 09530-060
São Caetano do Sul/SP

Campus São Paulo

Rua Treze de Maio, 681,
Bairro Bela Vista,
CEP: 01327-000
São Paulo/SP

Campus Pós Lato

Rua Manoel Coelho, 600,
(6º andar), Bairro Centro,
CEP: 09510-101
São Caetano do Sul/SP



UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL

Professor (a) suplente do convidado (a): _____

CPF:

Instituição: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

E-mail do professor convidado: XXXXXXXXXXXXX

Telefone do professor convidado (com DDD): XXXXXXXXXXX

Programa que está vinculado: XXXXXXXXXXXXX

São Caetano do Sul, XXX de XXXXXX de XXXX.

Assinatura do(a) orientador(a)

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ORIENTADOR:

Examinei o material e estou de acordo com o seu conteúdo. _____

Assinatura do(a) orientador(a)

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA SECRETARIA:

BOLSISTA () SIM () NÃO

- () Regular com a Tesouraria () Cópia do Currículo Lattes **atualizado /discente**
() Exame de Qualificação () Créditos concluídos () Parecer da CVA
() Comprovante de Publicação
() Professores externos – Currículo Lattes, comprovando que são membros de um programa de Stricto sensu na área de ensino.
() Comprovante de Submissão de 1 (um) Periódico (Revista), Qualis, mínimo A4

BOLSISTA

- () Comprovante de Submissão de 1 (um) Periódico (Revista), Qualis, mínimo A4 - **em até 21 meses**
() Comprovante de Submissão de 1 (um) Periódico (Revista), Qualis, mínimo A4 - **antes do depósito da dissertação para defesa**

Secretaria

Campus Barcelona
Av. Goiás, 3400,
Bairro Barcelona,
CEP: 09550-051
São Caetano do Sul/SP

Campus Centro
Rua Santo Antônio, 50,
Bairro Centro,
CEP: 09521-160
São Caetano do Sul/SP

Campus Conceição
Rua Conceição, 321,
Bairro Santo Antônio,
CEP: 09530-060
São Caetano do Sul/SP

Campus São Paulo
Rua Treze de Maio, 681,
Bairro Bela Vista,
CEP: 01327-000
São Paulo/SP

Campus Pós Lato
Rua Manoel Coelho, 600,
(6º andar), Bairro Centro,
CEP: 09510-101
São Caetano do Sul/SP